INSTITUTO DE CIÊNCIAS MÉDICAS CANAÃ

Estudo de capacidade produtiva do Hospital Canaã

Planejamento assistencial e produção para a rede SUS paulistana

Proposta para análise técnica da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo

Versão 02 revisada para validação técnica
3 de novembro de 2026
Rua Antônio Carlos 122 Consolação São Paulo

O projeto pode organizar uma oferta integrada de internação adulta, cirurgia, urgência e diagnóstico, preservando a segurança do paciente e a continuidade do cuidado. O cenário de referência dimensiona aproximadamente 814 internações e 400 cirurgias por mês, com premissas explícitas de agenda, permanência e utilização.

Os cálculos utilizam 122 leitos hospitalares e cinco salas cirúrgicas. A capacidade depende da implantação, das equipes e da pactuação. A viabilidade econômica exige orçamento e financiamento próprios; não decorre apenas do volume de produção.

Acelera SUS Paulistano Emergência
Passaporte Digital SUS Canaã

Sumário

1 Síntese executiva....3
2 Base documental e configuração do hospital....4
3 Perfil assistencial e critérios de elegibilidade....6
4 Território de origem e regulação municipal....6
5 Método de cálculo e cenários....7
6 Enfermarias clínicas e cirúrgicas....9
7 Terapia intensiva adulta....10
8 Pronto socorro e observação....10
9 Centro cirúrgico e recuperação....11
10 Ressonância magnética....13
11 Ambulatório e Day Clinic....14
12 Diagnóstico complementar e apoio terapêutico....16
13 Cenário integrado e ausência de dupla contagem....18
14 Acelera SUS e Passaporte de Saúde....19
15 Equipes e recursos que sustentam a produção....20
16 Sustentabilidade econômica e modelo de custeio....21
17 Implantação e indicadores de resultado....23
18 Definições necessárias para a versão contratual....25
Anexo A Memória de cálculo dos recursos....26
Anexo B Pedido de dados para a Secretaria....28
Anexo C Conteúdo inicial para a página de produtividade....29
Anexo D Leitura do site e rastreabilidade....30
Referências bibliográficas e documentais....31

1 Síntese executiva

O Instituto de Ciências Médicas Canaã propõe organizar o Hospital Canaã como retaguarda hospitalar adulta da rede municipal, com prioridade para condições clínicas e cirúrgicas de baixa e média complexidade, diagnóstico oportuno e continuidade do cuidado. A proposta combina 92 leitos de enfermaria, 30 leitos de UTI adulto, cinco salas cirúrgicas, pronto-socorro e serviços diagnósticos. A oferta de cada recurso depende de implantação, licenciamento, equipe e pactuação assistencial. [1-3]

O cenário de referência deste estudo permite planejar aproximadamente 814 internações concluídas e 400 cirurgias por mês. As 400 cirurgias incluem 334 pacientes com internação e 66 procedimentos com alta no mesmo dia. Os pacientes que utilizam UTI pertencem às mesmas internações e não são somados novamente. Essa simulação utiliza quatro salas programadas por 12 horas em 26 dias mensais e uma quinta sala reservada para urgências, além das premissas assistenciais detalhadas nos capítulos seguintes.

O mesmo cenário estima 249 ressonâncias, 1.080 tomografias e 1.689 consultas ambulatoriais realizadas por mês. Esses volumes são hipóteses de programação, calculadas com ciclos completos e disponibilidade efetiva. Não representam produção existente, demanda assegurada, metas aprovadas pela SMS ou demonstração de equilíbrio econômico.

Componente	Cenário mensal de referência	Forma correta de interpretar
Internações clínicas concluídas	480	Episódios hospitalares clínicos, incluindo os que utilizam UTI
Internações cirúrgicas concluídas	334	264 eletivas e 70 de urgência
Total de internações concluídas	814	480 clínicas mais 334 cirúrgicas
Cirurgias realizadas	400	330 eletivas e 70 de urgência; já incluídas nas internações ou na cirurgia de alta no dia
Cirurgias com alta no mesmo dia	66	Subconjunto das 330 eletivas, condicionado à recuperação e à elegibilidade
Utilizações de UTI	180	Episódios de unidade, dentro das 814 internações; 720 pacientes-dia
Primeiros atendimentos no PS	2.520	Incluem a recepção dos encaminhados e os pacientes que serão internados
Ressonâncias magnéticas	249	Um aparelho de 1,5 T, sem sedação na programação inicial

Componente	Cenário mensal de referência	Forma correta de interpretar
Tomografias	1.080	Total de exames hospitalares e ambulatoriais, com prioridade à urgência
Consultas no Day Clinic	1.689	Quatro consultórios simultâneos como hipótese de distribuição das dez salas

As condições decisivas para a proposta à Prefeitura são a comprovação física e operacional dos recursos, a identificação das seis UPAs de origem pretendidas, a compatibilidade entre o perfil dos pacientes e as referências disponíveis e o orçamento por centro de custos. A produção estimada demonstra uma possibilidade aritmética de programação. A viabilidade econômica ainda exige custos, preços ou repasses contratuais e demanda elegível comprovada.

Controle desta edição

A Versão 02, datada de 3 de novembro de 2026, substitui a Versão 01 como referência editorial deste estudo. Mantém os volumes do cenário de referência e detalha a recuperação pós-anestésica e endoscópica, o fluxo cirúrgico regulado, a identificação territorial e as alternativas de remuneração. A memória de cálculo foi preservada e novamente conferida.

Esta edição é um instrumento de planejamento para análise técnica e negociação. Os recursos e as condições ainda não comprovados permanecem identificados. A revisão editorial não equivale a aprovação sanitária, habilitação, contratação ou demonstração de viabilidade econômica.

2 Base documental e configuração do hospital

Estrutura adotada

A base de cálculo é a configuração de projeto apresentada no site e consolidada pelo proponente: 122 leitos hospitalares, compostos por 57 clínicos, 35 cirúrgicos e 30 de UTI adulto, além de cinco salas cirúrgicas. As posições de observação e ressuscitação do PS são auxiliares e não aumentam esse total. [1]

Recurso	Quantidade de projeto	Situação para o dimensionamento
Enfermaria clínica	57 leitos	Base nominal de cálculo; operação depende da liberação e das equipes

Recurso	Quantidade de projeto	Situação para o dimensionamento
Enfermaria cirúrgica	35 leitos	Base nominal de cálculo; flexibilidade entre especialidades depende de protocolo
UTI 1	10 leitos	Tipo III pretendido; habilitação não demonstrada
UTI 2 e UTI 3	10 leitos cada	Tipo II pretendido; duas unidades independentes
Centro cirúrgico	5 salas	Quantidade confirmada pelo proponente e apresentada no site
Recuperação pós-anestésica do CC	6 posições	Premissa de dedicação ao CC; reconfirmar na vistoria e no projeto
PS adulto	2 consultórios	Acrescidos de observação, ressuscitação e apoios
Observação do PS	6 posições	Duas salas de três; capacidade auxiliar, fora dos 122 leitos
Ressuscitação do PS	2 posições	Estabilização, fora dos 122 leitos e da observação
Day Clinic anexo	10 salas totais	Inclui ressonância e apoios; quantidade de consultórios não está fechada
Imagem	RM 1,5 T e TC 128 canais previstas	Uma unidade de cada utilizada como hipótese; inventário e contratos a validar

Distribuição por pavimento

As descrições detalhadas dos andares permitem reconciliar os 92 leitos de internação: 20 no segundo andar e 24 em cada um dos andares terceiro, quarto e quinto. O sexto andar concentra as UTIs 2 e 3, totalizando 20 leitos. A UTI 1, de dez leitos, está no sétimo andar, junto ao pavimento da CME. O centro cirúrgico com cinco salas ocupa o oitavo. Esta é a distribuição textual atual do site, que substitui localizações históricas diferentes para efeito deste estudo. [1]

Pavimento	Destinação descrita	Consequência para a produção
Segundo subsolo	Utilidades, vestiários, descanso, higiene, entrada de serviço e referência a gerador	Energia, água e pessoal sustentam a continuidade do atendimento

Pavimento	Destinação descrita	Consequência para a produção
Primeiro subsolo	Farmácia, almoxarifado, rouparia, nutrição e engenharias	Abastecimento, manutenção e reposição devem acompanhar o volume assistencial
Térreo	Recepção, acessos e PS adulto	Entrada regulada, estabilização e decisão inicial
Primeiro andar	Imagem e procedimentos diagnósticos previstos	Confirmar recuperação própria da endoscopia, além dos fluxos de preparo e exames
Segundo andar	20 leitos, laboratório e supervisão de enfermagem na descrição detalhada	Conciliar o título cadastral do andar com a planta final
Terceiro ao quinto	24 leitos por pavimento	Total de 72 leitos; compõem os 92 com o segundo andar
Sexto e sétimo	Três UTIs e CME no sétimo	Fluxo vertical de pacientes, materiais e equipamentos
Oitavo	Cinco salas cirúrgicas	Dependência de elevadores, RPA, CME, equipe e leitos pós-operatórios
Nono e cobertura	Administração, instalações e heliponto cadastrado	Heliponto não entra em nenhuma projeção de produção

O site informa 5.524 m² e apresenta doze pavimentos. Esses dados descritivos não substituem levantamento cadastral ou projeto aprovado. A localização funcional dos serviços, a área construída e os fluxos deverão ser confirmados pelas plantas e pelos documentos do imóvel, observando a RDC 50/2002. A rastreabilidade da leitura e os itens de harmonização editorial estão no Anexo D. [18]

Identificação cadastral do estabelecimento

A consulta ao CNES 3019934 identifica o Complexo Hospitalar Paulista na Rua Antônio Carlos, 122, e apresenta esse registro como desativado em abril de 2013. Trata-se de evidência cadastral histórica do endereço, não de cadastro operacional ativo do Hospital Canaã. O registro não comprova os 122 leitos propostos, a área construída ou a regularidade atual do empreendimento. [34]

Antes da oferta contratual, deverão ser conciliados a pessoa jurídica responsável, o cadastro aplicável ao estabelecimento, as licenças, as habilitações e os serviços efetivamente autorizados. O histórico de funcionamento no imóvel não foi convertido em capacidade disponível no modelo.

3 Perfil assistencial e critérios de elegibilidade

O escopo definido para esta etapa é adulto, com predomínio de baixa e média complexidade e permanência clinicamente necessária. A prioridade é a retaguarda de urgências clínicas e cirúrgicas selecionadas, com diagnóstico e tratamento precoces. Neurocirurgia e cirurgia de coluna neurocirúrgica ficam fora da carteira inicial deste estudo, conforme a orientação atual do proponente. Essa definição deverá orientar a carteira de serviços, a comunicação institucional e a pactuação de referências.

As linhas clínicas a pactuar podem abranger infecções, descompensações de doenças crônicas, alterações metabólicas e outras condições tratáveis com os recursos efetivamente disponíveis. A decisão de receber cada caso deve considerar gravidade, necessidade de isolamento, probabilidade de intervenção, suporte de órgãos e possibilidade de transferência se surgirem necessidades adicionais. Uma classificação comercial de baixa ou média complexidade não demonstra, por si, que um paciente seja elegível.

Na cirurgia, a carteira inicial deve especificar procedimentos de cirurgia geral, urologia, ortopedia selecionada e cirurgia vascular compatível com equipe, materiais e retaguarda. A presença de uma especialidade no site não autoriza oferta de toda a sua carteira. Procedimentos que demandem hemodinâmica, neurointervenção, cirurgia cardíaca, trauma de alta energia ou outra estrutura não disponível precisam de referência previamente organizada. O estudo não dimensiona maternidade, pediatria ou neonatologia.

Compatibilidade com UTI e ressonância

O posicionamento recomendado é “hospital adulto com foco clínico e cirúrgico de baixa e média complexidade, retaguarda intensiva e apoio diagnóstico especializado”. Isso preserva o foco assistencial sem classificar indiscriminadamente toda a oferta como média complexidade. A classificação do procedimento no SUS, suas habilitações e seu financiamento devem ser conferidos no SIGTAP por competência; ressonância e terapia intensiva têm enquadramentos próprios. [19,25]

Não há seleção programada de pacientes para longa permanência. Entretanto, uma permanência prolongada pode ocorrer por evolução clínica, complicação ou barreira social. O contrato deve prever reavaliação e referência adequada, mantendo a assistência até uma transição segura. A redução da permanência evitável não autoriza interromper tratamento necessário ou exigir alta por prazo administrativo.

4 Território de origem e regulação municipal

O hospital está situado na Consolação, na região central. A organização municipal consultada em novembro de 2026 vincula a STS Sé e Santa Cecília à CRS Norte; Vila Mariana integra a CRS Sudeste. Essa localização administrativa é diferente do território de captação que a SMS poderá pactuar para o hospital. [9]

O mapa consultado apresenta UPA Vergueiro, AMA 24h Sé, PS Municipal Barra Funda, UPA Vila Mariana, UPA Mooca e UPA Lapa. Reúne quatro UPAs, uma AMA e um pronto-socorro, em diferentes territórios. Essa relação ilustrativa não define as seis UPAs da zona sul pretendidas como origem. O número seis representa um recorte proposto a identificar e pactuar. [1,10]

Para evitar associação territorial incorreta, o diretório municipal situa a UPA Vergueiro na CRS Norte e as UPAs Vila Mariana e Jabaquara na CRS Sudeste. A presença de uma unidade no eixo sul da cidade não determina sua vinculação administrativa à CRS Sul. [31,32]

A unidade da Avenida Comendador Santana, 774, em Capão Redondo, está identificada no CNES como AMA Capão Redondo, código 6218830. Não deve ser designada como UPA nesta proposta sem identificação oficial de outro estabelecimento ou atualização cadastral correspondente. [33]

O objetivo de apoiar seis UPAs da zona sul integra esta proposta de pactuação. A identificação oficial dessas unidades deverá ser definida com a SMS. Será necessário registrar nome oficial, CNES, território, perfil dos pacientes, volume elegível e logística de transporte de cada uma. Uma indicação no mapa ou a proximidade física não comprova referência, contrato ou autorização de transferência.

A localização central permite estudar alternativas de captação nos corredores Centro Sul e Sudeste e Centro Oeste e Norte, sem substituir a prioridade territorial proposta. A viabilidade de cada alternativa dependerá de tempos de deslocamento por turno, transporte disponível, gravidade, demanda elegível e referências já existentes. A definição das seis origens caberá à pactuação com a SMS e seu Complexo Regulador, sem distribuição automática de vagas por região.

Fluxo proposto

O NIR do Canaã deverá manter interface com a regulação oficial para receber solicitações, avaliar compatibilidade, disponibilizar recursos e acompanhar o paciente até a saída. A grade de urgência municipal foi atualizada pela Portaria SMS 433/2026, em articulação com a Portaria SMS 320/2024. A proposta depende de inclusão ou pactuação formal nos fluxos pertinentes. [8,11,12]

O aceite deverá identificar recurso necessário, médico responsável, condição clínica, vaga operacional e modalidade de transporte. A chegada pelo PS deve acrescentar avaliação, estabilização e decisão, sem impor uma passagem demorada por observação ao paciente que já tenha indicação e vaga para enfermaria, UTI ou cirurgia. O estudo prevê essa recepção como parte da capacidade de atendimento do PS, sem duplicá-la como nova internação.

Dados necessários das seis unidades

Para cada origem, solicitar série mensal de doze meses com pacientes adultos em espera de internação, UTI, cirurgia ou exame; horários de solicitação, aceite e transferência; diagnósticos ou síndromes; recusas por motivo; permanência em observação e desfecho da solicitação.

Dados agregados e extrações com proteção adequada são suficientes para a primeira modelagem. A população territorial e o número total de consultas da UPA não substituem essa demanda elegível.

5 Método de cálculo e cenários

Este estudo separa quatro conceitos: estrutura planejada, capacidade aritmética de um recurso, produção integrada possível e produção efetivamente contratável. A estrutura é a base física descrita; a capacidade resulta de horas, ciclos e disponibilidade; a produção integrada respeita os recursos compartilhados; a oferta contratual depende também de demanda, equipe, orçamento, licenças e regulação.

Para leitos, a capacidade mensal aproximada de saídas de uma unidade é o produto de leitos operacionais, dias do mês e ocupação, dividido pela permanência média naquela unidade. Para exames, consultas e salas cirúrgicas, o cálculo multiplica recursos simultâneos, horas diárias, dias de operação e 60, aplica um fator efetivo e divide pelo ciclo médio em minutos. Essas relações apoiam programação em regime estável; o censo diário continua necessário para medir a operação real. [4,6]

O ciclo de sala inclui ocupação pelo procedimento, preparo que bloqueia o ambiente, anestesia quando aplicável, saída e renovação da sala. Atividades paralelas podem reduzir o tempo bloqueado, mas sua existência precisa ser comprovada. Tempo de aquisição de imagem, tempo total do paciente e tempo até o laudo são medidas distintas. O referencial da Ebserh é útil para a comparação, não constitui obrigação de produtividade do Canaã. [5]

O fator efetivo é uma hipótese agregada para tempo programado que não se converte em ciclo concluído por ociosidade, indisponibilidade, interrupções, faltas ou cancelamentos. Não será aplicado novamente um desconto genérico de absenteísmo sobre um resultado que já o incorpora. Para cada setor, a implantação deverá substituir esse fator agregado por perdas medidas, sem contá-las duas vezes.

Cenário	Finalidade	Interpretação
Conservador	Operação com agenda e utilização menores	Faixa de teste e sensibilidade; não é cronograma aprovado de abertura
Referência	Programação intermediária detalhada neste estudo	Hipótese para negociar mix, equipe e custos
Expandido	Maior agenda e melhor aproveitamento	Exige comprovação dos recursos e dos limites de segurança

As ocupações de 75%, 85% ou 90% das enfermarias e de 70%, 80% ou 85% das UTIs são parâmetros de simulação, não limites legais universais nem garantias de segurança. O cenário

expandido não é recomendação para manter ocupação de 90% numa rede de urgência sem análise de picos e bloqueios.

Adota-se mês hospitalar de trinta dias. Serviços programados usam 22, 26 ou 30 dias conforme a tabela específica. Os valores anuais representam doze meses equivalentes da agenda mensal, sem rampa de implantação; não são projeções do primeiro ano civil nem cálculos baseados em 365 dias. Resultados de capacidade com frações são arredondados para baixo.

Classificação das evidências e premissas

Cada informação relevante deve manter uma classificação que permita ao avaliador distinguir a origem do dado da comprovação de funcionamento. A conferência matemática valida a aplicação das hipóteses e não transforma essas hipóteses em desempenho observado.

Classe	Exemplo neste estudo	Evidência necessária para avançar
Informação institucional	Cinco salas e 122 leitos descritos no projeto	Inventário e documentação física e operacional
Referência oficial identificada	Norma sanitária ou diretório municipal	Aplicação ao serviço e conferência da redação pertinente
Hipótese calculada	Ciclo cirúrgico de 180 minutos e 400 cirurgias mensais	Medição local, agenda, demanda e recursos compatíveis
Condição pendente	Recuperação endoscópica e orçamento contratual	Projeto, equipes, custos e instrumento aprovados pelos responsáveis

6 Enfermarias clínicas e cirúrgicas

Os 92 leitos devem ser contabilizados como operacionais apenas quando houver ambiente liberado, equipe, equipamento, material e possibilidade real de receber o paciente. Isolamentos, interdições, manutenção ou falta de pessoal podem diminuir essa base. O censo deve distinguir leitos existentes, operacionais, bloqueados, ocupados e disponíveis. [4]

Unidade e hipótese	Conservador	Referência	Expandido
Leitos clínicos	57	57	57
Ocupação clínica simulada	75%	85%	90%
Permanência média clínica na enfermaria	3,5 dias	3 dias	2,5 dias
Limite aritmético de saídas clínicas	366	484	615

Unidade e hipótese	Conservador	Referência	Expandido
Leitos cirúrgicos	35	35	35
Ocupação cirúrgica simulada	75%	85%	90%
Permanência média cirúrgica na enfermaria	3 dias	2,5 dias	2 dias
Limite aritmético de saídas cirúrgicas	262	357	472

Os resultados acima são limites isolados de unidade. Uma transferência da enfermaria à UTI ou entre especialidades não representa saída hospitalar. O relatório de produção deve separar saídas da unidade de altas, óbitos e transferências externas que encerram o episódio hospitalar.

Na programação integrada de referência, usam-se 480 episódios clínicos com consumo médio de três dias de enfermaria e 334 cirúrgicos com consumo médio de 2,5 dias. Isso corresponde a 1.440 pacientes-dia clínicos e 835 cirúrgicos, com ocupação aproximada de 84,2% e 79,5%, respectivamente. O consumo de UTI é acrescentado em pacientes-dia, sem acrescentar novas internações ao total.

Uma sensibilidade mostra a importância da permanência evitável: mantendo 57 leitos clínicos e 85% de ocupação, passar de quatro para três dias de enfermaria eleva o limite aritmético de aproximadamente 363 para 484 saídas mensais. Esse ganho só pode ser considerado se a alta for clinicamente segura, houver continuidade e a redução não vier acompanhada de mais eventos adversos ou reinternações.

As 35 vagas cirúrgicas não devem ser preenchidas com internações pré-operatórias desnecessárias para elevar ocupação. O pré-operatório ambulatorial, o mapa confirmado e a admissão no momento adequado preservam leitos para recuperação e urgências. A eventual flexibilização clínica e cirúrgica precisa de regras de isolamento, equipe e censo; não foi utilizada para ampliar os números deste estudo.

7 Terapia intensiva adulta

O cálculo preserva três UTIs independentes de dez leitos. A nomenclatura Tipo II ou III é a pretendida no projeto e não comprova habilitação. Os requisitos sanitários de funcionamento e dimensionamento multiprofissional devem ser validados para cada unidade, considerando a RDC 7/2010 e alterações aplicáveis, incluindo a RDC 137/2017. [13,14]

Hipótese de utilização	Conservador	Referência	Expandido
Leitos operacionais considerados	30	30	30

Hipótese de utilização	Conservador	Referência	Expandido
Ocupação simulada	70%	80%	85%
Pacientes-dia mensais	630	720	765
Permanência média na UTI	5 dias	4 dias	3,5 dias
Episódios de utilização da UTI	126	180	218

No cenário de referência, os 180 episódios de utilização correspondem a 150 pertencentes à coorte clínica e 30 à coorte cirúrgica. É uma distribuição de carga de trabalho, não estimativa epidemiológica validada. O modelo não prevê mortalidade, benefício terapêutico nem proporção observada de pacientes críticos nas UPAs.

As três unidades devem ser dimensionadas separadamente para plantonistas, rotineiros, enfermagem, fisioterapia e demais apoios. A cobertura de um plantonista para cada unidade de dez leitos representa três postos simultâneos e 2.160 horas médicas de plantão num mês de trinta dias; esse cálculo não inclui todas as funções médicas nem as coberturas de ausência. Não equivale a quadro completo de pessoal.

A saída da UTI exige condição clínica, vaga compatível, transmissão de informações e equipe receptora. Deve ser monitorado o tempo entre aptidão para transferência e chegada à enfermaria. Não se presume que todo paciente de UTI terá somente quatro dias de cuidado intensivo ou que a disponibilidade de trinta leitos eliminará a espera na rede.

Os 30 leitos de UTI representam aproximadamente 24,6% dos 122 leitos hospitalares planejados. Essa proporção exige atenção econômica: manter capacidade intensiva disponível tem custo elevado mesmo com predomínio de procedimentos de média complexidade. A abertura por módulos de dez poderá ser estudada na implantação, preservando o projeto total, conforme necessidade comprovada e equipes completas.

8 Pronto socorro e observação

O PS é parte da linha de cuidado resolutiva: receber, avaliar, estabilizar, iniciar exames e tratamento e definir o destino. Para o cálculo de primeiros atendimentos, adotam-se dois consultórios com médicos disponíveis, funcionamento contínuo e diferentes aproveitamentos. Pacientes graves, reavaliações e observação consomem equipe própria e não estão automaticamente cobertos pela produtividade de consultas. [7]

Hipótese do primeiro atendimento	Conservador	Referência	Expandido
Consultórios simultâneos	2	2	2
Horas por dia e dias por mês	24 e 30	24 e 30	24 e 30

Hipótese do primeiro atendimento	Conservador	Referência	Expandido
Atendimentos por hora de médico	2	2,5	3
Fator efetivo	65%	70%	75%
Primeiros atendimentos por mês	1.872	2.520	3.240

A referência de até três pacientes por hora de médico no primeiro atendimento procede da Resolução CFM 2.077/2014 e tem finalidade de planejamento da equipe, com exclusões próprias para ressuscitação e observação. Não é uma obrigação de atender exatamente esse número nem autoriza restringir o tempo necessário a cada caso. [7]

Limite das seis posições de observação

Hipótese de observação	Conservador	Referência	Expandido
Posições físicas	6	6	6
Ocupação simulada	70%	75%	80%
Tempo médio de uso por episódio	8 horas	6 horas	4 horas
Episódios de observação por mês	378	540	864

Os 540 episódios de observação de referência já pertencem aos atendimentos do PS. Não são 540 atendimentos novos. Se todos os 2.520 pacientes precisassem de observação por seis horas, seriam necessárias mais posições que as seis previstas; o fluxo só é compatível se uma parcela utilizar observação e os demais tiverem encaminhamento oportuno.

Os dois leitos de ressuscitação são recurso para estabilização, não leitos de internação nem extensão do teto de observação. A norma médica contempla permanência máxima de quatro horas na ressuscitação e de 24 horas no PS, com alta, internação ou transferência conforme o caso. Essas referências não autorizam esperar até o limite para intervir. [7]

Para sustentar o cenário de referência, o orçamento deve considerar dois postos simultâneos de primeiro atendimento, cobertura própria de observação e médico dedicado à ressuscitação conforme a norma e o funcionamento do setor. Uma simulação com quatro postos médicos presenciais contínuos corresponde a 2.880 horas mensais, antes de coordenação e substituições. A escala final dependerá do perfil, dos picos e da análise técnica, sem compartilhar indevidamente o mesmo profissional com outras unidades.

9 Centro cirúrgico e recuperação

O modelo utiliza as cinco salas confirmadas. Quatro recebem programação eletiva; a quinta fica disponível para urgências e contingências. Reservar uma sala reduz o risco de prometer a mesma capacidade ao eletivo e à urgência. A utilização concreta deve ser ajustada por prioridade, escala, materiais e capacidade de recuperação. [1,3]

Capacidade programada das salas

Hipótese cirúrgica	Conservador	Referência	Expandido
Salas programadas	4	4	4
Horas por sala por dia	8	12	12
Dias programados por mês	22	26	30
Ciclo completo médio	210 min	180 min	150 min
Fator efetivo de utilização	65%	80%	85%
Limite de cirurgias eletivas pelas salas	130	332	489
Urgências utilizadas na simulação	40	70	100
Soma antes do limite de enfermaria	170	402	589
Limite após conciliação com a enfermaria	170	402	565

Os volumes de urgência de 40, 70 e 100 são hipóteses de demanda, não resultados de uma divisão das 24 horas da sala reservada por um tempo cirúrgico. Para os 70 casos de referência, um ciclo ilustrativo de três horas consome 210 das 720 horas mensais dessa sala. A folga existe para variação, casos simultâneos e intercorrências; não deve ser vendida integralmente como agenda eletiva.

O cenário de referência programa 330 eletivas, ligeiramente abaixo do limite de 332, e 70 urgências: 400 cirurgias mensais, equivalentes a 4.800 em doze meses da mesma agenda. O tempo de 180 minutos é uma hipótese de ciclo completo. O manual da Ebserh informa tempos de intervenção diferentes segundo procedimento, incluindo cerca de duas horas para colecistectomia por vídeo e duas horas e meia para hérnia inguinal; esses tempos não incluem automaticamente todo o ciclo de sala. [5]

Uma agenda de quatro salas por dez horas em 22 dias, com o mesmo ciclo de 180 minutos e fator de 80%, suportaria apenas 234 eletivas. Acrescidas de 70 urgências simuladas, seriam

cerca de 304 cirurgias. Portanto, a oferta de aproximadamente 400 depende expressamente da agenda ampliada de 12 horas em 26 dias e da equipe correspondente.

Relação com a enfermaria

Adota-se, para simulação, alta no mesmo dia em 20% das eletivas, sem consumo de diária de enfermaria no modelo de recursos. As demais 80% e todas as urgências usam leitos cirúrgicos. No cenário expandido, 489 eletivas mais 100 urgências exigiriam cerca de 491 internações cirúrgicas, acima das 472 suportadas por 35 leitos com 90% de ocupação e permanência de dois dias. O ajuste para 465 eletivas e 100 urgências resulta em 472 internações e limita a produção a 565 cirurgias. O gargalo passa a ser a enfermaria.

O tratamento administrativo ou de faturamento da cirurgia com alta no dia deverá seguir o enquadramento autorizado, inclusive eventual AIH. A separação aqui serve para contabilizar recursos e impedir duplicações; não define o instrumento de registro no SUS. [25]

Recuperação após anestesia e sedação

A RDC 50/2002 estabelece, para a recuperação pós-anestésica, a relação entre número de salas cirúrgicas e posições de recuperação. No escopo de cinco salas deste projeto, a relação de salas acrescida de uma resulta em seis posições. Essa referência quantitativa não comprova adequação física, equipe ou capacidade nos picos. As seis posições históricas precisam ser reconfirmadas no projeto e na vistoria. [3,18]

A premissa desta edição é destinar as seis posições de RPA ao centro cirúrgico. A endoscopia deverá contar com recuperação pós-sedação própria, prevista funcionalmente no primeiro andar, condicionada à confirmação da planta, dos equipamentos e da equipe. Essa separação é uma opção operacional do projeto; sua localização não é apresentada como exigência universal da norma. As posições endoscópicas não integram os 122 leitos hospitalares nem foram quantificadas sem dados de sedação e recuperação. [21]

Para a RPA cirúrgica, seis posições por 12 horas em 26 dias, com 75% de disponibilidade efetiva e duas horas por recuperação, resultam em 702 recuperações mensais. O limite médio isolado comporta as 400 cirurgias, mas não demonstra capacidade para saídas simultâneas ou permanências prolongadas. A urgência fora da agenda exige recuperação disponível e equipe correspondente; sua cobertura deverá ser incluída na escala e no orçamento. [15]

O dimensionamento da recuperação endoscópica deverá considerar o fluxo de pacientes por hora, o tempo de recuperação, o tipo de sedação, os picos e os critérios de alta. A confirmação de uma sala de procedimento não autoriza atribuir capacidade à recuperação sem esse estudo.

Anestesia e processamento de materiais

As quatro salas simultâneas exigem profissionais de anestesia distintos e equipe para a sala de urgência e para a recuperação. A vedação de anestesias simultâneas por um mesmo anestesiologista deve ser respeitada. A CME precisa comprovar o fluxo de limpeza, preparo,

esterilização, liberação e rastreabilidade; o número de autoclaves, isoladamente, não define o volume de cirurgias. [15,16]

As 565 cirurgias do cenário expandido ultrapassam quinhentas por mês. Nessa hipótese, deve ser observada a exigência específica da RDC 15/2012 relativa ao Comitê de Processamento de Produtos para Saúde. Não há inclusão de endoscopias nas horas das quatro salas programadas: o cálculo do capítulo 12 pressupõe sala própria e recuperação compatível, a comprovar. [16]

10 Ressonância magnética

A ressonância de 1,5 T integra o projeto do Day Clinic anexo. O planejamento inicial descrito no site é de exames sem sedação. O número de salas totais do anexo não aumenta o número de aparelhos: utiliza-se uma máquina no cálculo. [1]

Hipótese para uma RM	Conservador	Referência	Expandido
Horas diárias programadas	8	12	16
Dias de agenda por mês	22	26	26
Ciclo completo médio	60 min	60 min	50 min
Fator efetivo	70%	80%	85%
Exames concluídos por mês	123	249	424
Equivalente em doze meses	1.476	2.988	5.088

Na referência, o cálculo é 1 aparelho, 12 horas, 26 dias, 60 minutos por hora e fator de 80%, dividido por ciclo de 60 minutos: 249 exames inteiros. A comunicação executiva poderá usar “cerca de 250 exames por mês”, sempre identificando que se trata de projeção condicionada.

O ciclo de sessenta minutos considera uma programação prudente de aquisição e etapas que bloqueiam a sala. O referencial da Ebserh distingue tempo de máquina de toda a jornada do exame e apresenta cerca de cinquenta minutos de máquina na amostra de ressonância. A redução do ciclo para cinquenta minutos no cenário expandido depende de protocolos, perfil dos exames e validação local; não decorre automaticamente de o aparelho ter 1,5 T. [5]

Devem ser comprovados instalação, manutenção, bobinas, programas, zonas de segurança, controle de acesso, triagem de implantes e metais, preparo, proteção auditiva e condições de resposta a intercorrências. Os requisitos de radiologia e de segurança em ressonância são referências próprias do serviço. [19,20]

O anexo não deve receber paciente crítico que necessite de sedação ou monitorização incompatível com a estrutura proposta. O uso da RM para pacientes hospitalares exige percurso, transporte e critérios de segurança. Casos que não possam ser realizados no modelo inicial precisam de referência. A agenda externa só pode ocupar o saldo após a reserva pactuada para necessidades internas.

O exame adquirido ainda requer controle de qualidade, interpretação, assinatura e entrega. A capacidade de laudos e a cobertura para achados críticos devem ser contratadas separadamente das horas de máquina. Nenhuma redução de fila ou prazo de laudo é considerada demonstrada nesta simulação.

11 Ambulatório e Day Clinic

O anexo deve apoiar triagem cirúrgica, avaliação pré-operatória, consulta pré-anestésica, retornos pós-operatórios e continuidade após a alta. Esse foco conserva o papel do hospital na linha de cuidado e evita transformá-lo, por inferência, em centro de especialidades gerais de seguimento indefinido. [1-3]

As dez salas descritas incluem a área da ressonância e seus apoios. O estudo não dispõe de planta funcional aprovada que permita contar dez consultórios. Para testar a capacidade, utiliza três, quatro e cinco consultórios simultâneos, respectivamente, condicionados à compatibilidade com os ambientes de imagem, preparo, acessibilidade, apoio e circulação. Essas distribuições não constituem proposta de alteração estrutural.

Hipótese ambulatorial	Conservador	Referência	Expandido
Consultórios simultâneos	3	4	5
Horas por dia	8	10	12
Dias de agenda por mês	22	22	26
Ciclo médio de consulta	30 min	25 min	20 min
Fator de realização efetiva	70%	80%	85%
Consultas realizadas por mês	739	1.689	3.978

No cenário de referência, o resultado pode ser apresentado como cerca de 1.700 consultas mensais. São atendimentos, não pessoas únicas: o mesmo paciente pode realizar avaliação cirúrgica, anestésica e retorno. O relatório deve identificar primeira consulta, pré-operatório, retorno e consulta após internação, com vínculo ao episódio de origem quando pertinente.

Uma distribuição apenas ilustrativa das 1.689 consultas reserva 600 para triagem e avaliação cirúrgica, 350 para avaliação pré-anestésica, 420 para retornos cirúrgicos e 319 para continuidade clínica após a alta. Essa composição demonstra possibilidade de agenda; não impõe conversão de consultas em cirurgias nem garante consultas à rede antes de pactuação. Deve ser revista com o número real de pacientes, necessidade de retorno e equipe de cada especialidade.

Fluxo cirúrgico regulado e relação entre consultas e cirurgias

O desenho de referência pressupõe encaminhamento regulado de pacientes previamente selecionados, com provável indicação de procedimento compatível com a carteira. A avaliação pelo cirurgião confirma indicação, alternativas e condições de realização; a avaliação anestésica mantém decisão individual e independente. O encaminhamento pela regulação não substitui essas decisões. O sistema e a fila utilizados serão definidos pela SMS, sem pressupor integração tecnológica já implantada.

Relação nominal de programação	Cálculo	Interpretação
Cirurgias eletivas e avaliações cirúrgicas	330 ÷ 600 = 55%	Relação entre volumes da agenda proposta
Cirurgias eletivas e avaliações pré-anestésicas	330 ÷ 350 = 94,3%	Relação entre volumes da agenda proposta
Diferença nominal entre avaliações anestésicas e cirurgias	350 menos 330 = 20	Margem ilustrativa a testar na implantação

Essas relações não são taxas de conversão observadas. As consultas podem incluir retornos e os pacientes podem ser operados em outro mês. A aferição deverá acompanhar pacientes únicos de uma mesma coorte, data da avaliação, confirmação da indicação, preparo concluído, agendamento, realização e motivo de não realização. Os 330 casos não devem constituir obrigação de operar pacientes sem indicação ou preparo adequado.

A suficiência das 350 avaliações pré-anestésicas precisa ser testada considerando reavaliações, investigações complementares, faltas e adiamentos. A diferença nominal de vinte atendimentos não demonstra margem operacional suficiente. Se necessário, a distribuição das 1.689 consultas deverá ser revista ou a produção eletiva deverá crescer de forma gradual, sem ampliar artificialmente o total de consultas.

Compatibilidade das agendas e enquadramento

Se profissionais de consultório também atuarem no centro cirúrgico, nas interconsultas ou nos laudos, as horas precisam ser descontadas de uma das agendas. A capacidade ambulatorial não pode pressupor que o mesmo médico esteja simultaneamente em dois ambientes. As consultas pré-anestésicas devem respeitar avaliação individual e independência da decisão anestésica. [15]

O nome Day Clinic não comprova enquadramento como Hospital Dia cirúrgico municipal. A Portaria SMS 637/2024 possui regras próprias e revogou a Portaria 381/2023. A eventual aplicação dessas regras ao anexo precisa ser definida antes da oferta contratual; seus números de cirurgias por sala não foram multiplicados pelas dez salas do anexo. [24]

12 Diagnóstico complementar e apoio terapêutico

O centro diagnóstico deve atender primeiro a demanda hospitalar clinicamente indicada e reservar uma agenda externa regulada compatível com o saldo disponível. Uma tomografia ou radiografia feita durante a internação é um exame, mas não um novo paciente hospitalar nem receita adicional automática. A mesma distinção vale para exames solicitados no PS e para procedimentos terapêuticos.

Capacidade de imagem e cardiologia diagnóstica

Serviço por um equipamento ou sala	Conservador	Referência	Expandido
TC de 128 canais	604	1.080	1.920
Radiografia	369	998	1.768
Ultrassonografia diagnóstica programada	158	264	599
Ecocardiograma programado	82	148	285
Eletrocardiograma	448	900	1.224

As premissas completas estão no Anexo A. Para a TC, as horas produtivas programadas são 12, 16 e 20 por dia, mantendo a proposta de acesso à urgência durante as 24 horas. A capacidade de referência de 1.080 exames resulta de 16 horas por dia, trinta dias, ciclo completo de vinte minutos e fator efetivo de 75%. A velocidade de aquisição do equipamento não corresponde à velocidade do atendimento de todo o paciente.

Para radiografia, usa-se ciclo de quinze minutos no cenário de referência; para ultrassom, trinta minutos. Os tempos de máquina do levantamento da Ebserh ajudam a situar a programação, mas os ciclos aqui propostos incluem etapas locais e permanecem sujeitos a aferição. Os tempos de ecocardiograma e ECG são hipóteses deste estudo, não parâmetros nacionais obrigatórios. [5]

O cálculo presume uma sala ou equipamento para cada linha e equipes compatíveis. Ultrassom e ecocardiograma só podem ser ofertados simultaneamente se dispuserem de aparelho, sala e profissional próprios. Se compartilharem recursos, somam-se os minutos das duas agendas antes de calcular o volume. POCUS no PS ou na UTI é apoio clínico e não foi somado como exame diagnóstico externo comercializável.

Endoscopia e colonoscopia

Considera-se uma sala própria de procedimento, com agenda conjunta de endoscopia digestiva alta e colonoscopia. Na referência, são dez horas por dia em 22 dias, fator de 75% e ciclo médio ponderado de 54 minutos: 40% de endoscopias com ciclo de 45 minutos e 60% de colonoscopias

com ciclo de sessenta minutos. O resultado é 183 procedimentos mensais no conjunto, não 183 de cada modalidade.

Programação conjunta	Conservador	Referência	Expandido
Horas por dia e dias por mês	8 e 22	10 e 22	12 e 26
Ciclo médio conjunto	60 min	54 min	48 min
Fator efetivo	65%	75%	80%
Procedimentos totais por mês	114	183	312

A sala, os aparelhos, o reprocessamento e a recuperação própria ainda precisam ser comprovados. A premissa é manter recuperação endoscópica independente das seis posições de RPA do centro cirúrgico. Se essa premissa não se confirmar, o modelo deverá ser recalculado com os recursos compartilhados antes de pactuar oferta simultânea.

A RDC 6/2013 prevê recuperação apropriada nos serviços de endoscopia tipos II e III e proíbe recuperação após sedação ou anestesia não tópica fora da sala de recuperação. As dimensões devem ser compatíveis com pacientes e procedimentos. A equipe de sedação e monitorização deverá observar as funções previstas na norma. [21]

As horas de anestesia precisam ser próprias ou conciliadas com o mapa cirúrgico, respeitada a vedação de atendimento anestésico simultâneo pelo mesmo profissional. O volume conjunto de 183 procedimentos não pode ser contratado adicionalmente às 400 cirurgias sem comprovação de equipe, recuperação e processamento compatíveis. [15,21]

Laboratório

O site prevê laboratório e apoio anatomopatológico, mas não fornece inventário analítico, número de equipamentos, produtividade técnica, capacidade de coleta e horários de cada modalidade. Portanto, não é possível afirmar um teto técnico de exames laboratoriais. A ausência desses dados não deve ser substituída por uma promessa de dezenas de milhares de exames mensais.

É possível simular uma carga de trabalho para solicitar proposta do laboratório. No cenário integrado, 2.275 pacientes-dia de enfermaria e 720 de UTI são as bases de consumo. Aplicando, apenas como teste de sensibilidade, quatro determinações por dia de enfermaria e dez por dia de UTI, obtêm-se 16.300 determinações. Acrescentar quatro determinações em metade dos 1.970 atendimentos do PS sem internação e três em 30% das 1.689 consultas produz aproximadamente 21.760 determinações mensais.

Esses coeficientes são artificiais e servem ao orçamento e à avaliação da capacidade do prestador. Não recomendam painéis diários ou exames de rotina. “Determinação” deve ter definição consistente: um hemograma, seus componentes e uma amostra não podem ser

usados indistintamente como a mesma unidade de produção. A solicitação e a repetição de exames dependerão de indicação clínica.

A implantação deve adotar a RDC 978/2025 com suas alterações, incluindo as RDCs 986/2025 e 1.043/2026, conforme a versão vigente aplicável. A RDC 786/2023 não deve ser apresentada como norma atual de referência, pois foi revogada pela RDC 978. [22]

Suportes de utilização variável

Broncoscopia, hemodiálise à beira-leito e hemoterapia não receberam metas fixas de volume. Seu uso depende da gravidade e da indicação clínica, além de equipamentos, profissionais e suprimentos. Para cada um, validar disponibilidade por turno, tempo de resposta, contingência e consumo por caso. A agência transfusional mencionada no cadastro predial deve ser conciliada com a expressão mais ampla “banco de sangue” utilizada no site, sem presumir autorização de todo o ciclo hemoterápico.

13 Cenário integrado e ausência de dupla contagem

O cenário a seguir demonstra coerência de carga entre setores. Ele não é previsão epidemiológica ou meta contratual. Pressupõe regime estável, sem crescimento líquido do estoque de pacientes e com todos os 122 leitos operacionais. A unidade de contagem é o episódio; uma mesma pessoa poderá apresentar episódios distintos ao longo do ano.

Linha do episódio hospitalar	Quantidade mensal	Consumo médio de enfermaria	Utilizações de UTI incluídas
Clínica	480	3 dias por episódio	150 episódios de UTI com média de 4 dias
Cirurgia eletiva com internação	264	Parte da média cirúrgica de 2,5 dias	Incluídas no total cirúrgico abaixo
Cirurgia de urgência com internação	70	Parte da média cirúrgica de 2,5 dias	Total cirúrgico: 30 episódios de UTI com média de 4 dias
Total de internações concluídas	814	2.275 pacientes-dia de enfermaria	180 utilizações e 720 pacientes-dia de UTI
Cirurgia eletiva com alta no dia	66	Sem diária de enfermaria neste modelo	Não incluída na carga de UTI da simulação

Os consumos médios de enfermaria são expressos por episódio da respectiva coorte e incluem a possibilidade de trajetórias diferentes. Não se pressupõe que todos tenham o mesmo percurso ou que todos os desfechos sejam altas para o domicílio. A modelagem não estima óbitos nem resultados clínicos.

O total de pacientes-dia é 1.440 clínicos, 835 cirúrgicos e 720 de UTI, somando 2.995. Sobre 3.660 leitos-dia disponíveis no mês, a ocupação global simulada é de aproximadamente 81,8%. A permanência hospitalar agregada fica em cerca de 3,68 dias por episódio concluído, calculada pelo consumo total de dias dividido por 814. Esse resultado não deve ser confundido com três dias de enfermaria clínica ou quatro dias de UTI.

Relação com o PS e as UPAs

Uma hipótese de origem compatível com os números seria receber por regulação 480 internações clínicas e 70 cirurgias de urgência: 550 internações de origem UPA por mês. As 264 internações cirúrgicas eletivas teriam entrada programada. A hipótese de 550 ainda precisa ser confrontada com a demanda elegível das seis unidades; não é uma promessa de captação.

Os 550 recebimentos são incluídos nos 2.520 primeiros atendimentos de recepção e avaliação no PS. O saldo é de 1.970 episódios sem internação. Os 540 usos de observação são subconjunto dos atendimentos e podem abranger pacientes que depois terão alta ou internação. Nem todo encaminhado regulado deve permanecer na observação.

Disponibilidade para exames externos

Exame na referência	Total simulado	Reserva interna ilustrativa	Saldo possível para agenda externa
Ressonância	249	50	199
Tomografia	1.080	650	430
Radiografia	998	700	298
Ultrassonografia	264	180	84
Ecocardiograma	148	120	28

As reservas internas desta tabela são exemplos de alocação, sem validação de demanda. A soma de exames internos e externos precisa permanecer dentro da capacidade de cada linha. Os saldos não equivalem a vagas já autorizadas e devem ser reduzidos quando a urgência exigir mais recursos. O estoque de exames pendentes e o tempo até o laudo também precisam ser limitados.

O valor econômico não pode ser calculado somando um “ticket de internação”, a cirurgia, as diárias de UTI e cada exame sem verificar a composição do contrato. Esses itens podem ser recursos de um mesmo episódio ou componentes já incluídos no financiamento pactuado.

A conciliação deste capítulo evita dupla contagem na modelagem assistencial. Não constitui auditoria de faturamento nem demonstra, por si, conformidade de cobrança. O registro e o pagamento dependerão do instrumento pactuado, das regras aplicáveis por competência e da rastreabilidade de cada episódio e procedimento. [25]

14 Acelera SUS e Passaporte de Saúde

O Acelera SUS Paulistano Emergência é o programa estratégico do projeto. Sua execução no PS, pelo modelo Ação SUS Paulistano Emergência, deve organizar avaliação, diagnóstico e tratamento precoces, com autonomia clínica, protocolos, apoio especializado e resolução de pendências. A assistência urgente começa de acordo com a gravidade, sem aguardar internação ou uma janela administrativa. A tecnologia deverá mostrar o que falta, quem deve agir e há quanto tempo o paciente aguarda. [1,3]

Os horizontes de 48, 60 ou 72 horas presentes nos materiais institucionais devem ser harmonizados como marcos de acompanhamento da jornada, com definição de início, responsável e conduta diante de pendências. A leitura de origem e os pontos de padronização permanecem no Anexo D. Nenhuma dessas janelas representa prazo obrigatório de alta ou base automática para calcular permanência.

Até a padronização institucional, a recomendação é usar marcos de acompanhamento de diagnóstico, conduta, barreiras e transição, com prioridade proporcional ao risco. As permanências de três dias de enfermaria clínica, 2,5 dias cirúrgicos e quatro dias de UTI são apenas hipóteses quantitativas de consumo. São independentes de uma obrigação de alta no prazo das fases.

Alta e continuidade

O Passaporte deve ser preparado durante a internação, com sumário validado, conciliação medicamentosa, alergias, exames e pendências, orientação compreendida, responsável pelos resultados posteriores e encaminhamento à rede. O cirurgião mantém titularidade nominal e responsabilidade pela alta cirúrgica; o hospitalista realiza cogestão e pode prescrever conforme atribuições formalizadas. A transferência de titularidade exige justificativa, aceite e registro. [1,3]

O modelo de informação do Sumário de Alta na RNDS foi instituído pela Portaria GM/MS 8.026/2025. O projeto deverá mapear seus campos e os requisitos técnicos publicados no guia da RNDS, com credenciamento e homologação próprios. Alinhamento ao SUS Digital, conformidade com FHIR e aprovação editorial do manual não comprovam conexão produtiva autorizada. [27-29]

O prontuário hospitalar permanece a fonte oficial. O Passaporte apresenta documentos e informações pertinentes ao cuidado, preservando autoria e versão. Devem existir autenticação, acesso por perfil, rastreabilidade, proteção de dados e alternativa impressa ou assistida. A base jurídica do compartilhamento deve ser definida para cada finalidade, considerando os dados de saúde como sensíveis. [30]

A inteligência artificial poderá apoiar resumo, organização de pendências e alertas após validação e supervisão. Não foi acrescentado ganho percentual de produtividade ou redução de reinternações atribuída à IA. Esses efeitos deverão ser medidos na operação. Nenhum alerta

pode substituir a comunicação clínica necessária, e o resultado crítico precisa de responsável e fechamento documentado.

15 Equipes e recursos que sustentam a produção

A capacidade útil do hospital é limitada pela etapa que dispõe de menos recursos: salas, pessoal, anestesia, RPA, materiais esterilizados, leitos, diagnóstico, transporte ou alta. As projeções só podem coexistir quando as respectivas agendas e equipes forem compatíveis. Disponibilizar uma sala equipada não comprova possibilidade de operá-la durante todas as horas da simulação.

Frente	Recurso necessário para a referência	Evidência de prontidão
PS	Dois postos de primeiro atendimento, observação e ressuscitação cobertas; enfermagem e apoios próprios	Escala nominal e simulação de picos e transferências
Enfermarias	Hospitalistas e cirurgiões com visita diária; cobertura de intercorrências e equipe multiprofissional	Censo por gravidade, carga de admissões e regimento de responsabilidades
UTIs	Três unidades com equipes próprias e apoio diagnóstico e terapêutico	Dimensionamento por unidade, equipamentos testados e contingência
Centro cirúrgico	Quatro salas por 12 horas em 26 dias; urgência disponível; anestesia e recuperação compatíveis	Mapa, escalas, materiais, CME, RPA e leito de destino conciliados
Diagnóstico	Operadores, médicos de laudo, contraste quando aplicável, preparo e achados críticos	Contratos, testes, manutenção, horários e tempos de resposta
Day Clinic	Quatro consultórios e agenda própria sem conflito com atividades hospitalares	Planta funcional, escala e teste do percurso do paciente
Continuidade	Farmácia, gestão de alta, serviço social, orientação, TI e proteção de dados	Documentos validados, rastreamento de pendências e contingência

As quatro salas eletivas da referência representam 1.248 horas de sala programada por mês, antes do fator de utilização. A sala de urgência exige disponibilidade adicional e a anestesia não pode ser compartilhada simultaneamente entre pacientes. Endoscopia, consultório e

laudos precisam de horas próprias quando utilizarem profissionais que também integram o mapa cirúrgico.

Os elevadores são recurso crítico em um hospital vertical. A implantação deverá testar os percursos térreo-diagnóstico-UTI-centro cirúrgico, transporte monitorizado, circulação de materiais e disponibilidade em caso de falha. O tempo de transporte pode bloquear sala, atrasar decisão ou impedir uso efetivo do leito.

Farmácia, laboratório urgente, agência transfusional, manutenção, higienização, nutrição e maqueiros devem acompanhar as horas assistenciais. Não se presume que serviços disponíveis apenas em dias úteis sustentem automaticamente urgência 24 horas, cirurgias em 26 dias e exames noturnos. Os limites de cada contrato de apoio devem aparecer no painel de capacidade operacional.

A segurança cirúrgica deve incluir identificação, consentimento, avaliação anestésica, verificação de materiais e lista de cirurgia segura, com adesão auditável. O NSP e o controle de infecções devem acompanhar os resultados junto com a produção. O uso da lista da OMS e dos requisitos sanitários integra o desenho de segurança; o estudo não atribui uma redução numérica de complicações ao Canaã. [17,23]

16 Sustentabilidade econômica e modelo de custeio

A produção projetada não demonstra, isoladamente, viabilidade econômica. O hospital pode ter bom giro e permanecer deficitário se o repasse não cobrir disponibilidade, equipes, insumos, manutenção, exames, terapias de suporte e reposição de ativos. A previsão de trinta leitos intensivos torna a apuração por centro de custos especialmente importante.

O exemplo de R$ 10 milhões e cem leitos apresentado na página de custos é didático, não orçamento real do Canaã. Dividir custo mensal por leitos e dias produz uma média por capacidade disponível sob premissas específicas; não determina custo de paciente internado, diária contratável ou preço suficiente. Também não prova que todo custo mensal seja fixo.

Estrutura necessária do orçamento

Bloco de custo	Componentes que precisam de cotação	Critério de apropriação
Estrutura e disponibilidade	Pessoal mínimo, imóvel, energia, manutenção, contratos, TI e segurança	Centros de custos e capacidade efetivamente mantida
Assistência variável	Medicamentos, materiais, dietas, exames, sangue, diálise e procedimentos	Consumo por episódio e por linha de cuidado

Bloco de custo	Componentes que precisam de cotação	Critério de apropriação
Cirurgia	Equipes, anestesia, RPA, CME, instrumentais e materiais especiais	Tempo de sala e consumo por procedimento
Imagem	Equipamento, manutenção, insumos, contraste, operação e laudos	Exame realizado e horas de disponibilidade
Continuidade digital	Sistemas, integração, armazenamento, suporte, equipe e auditoria	Custo de implantação e operação do programa
Reposição e contingência	Investimento inicial, renovação, seguro e reserva operacional	Plano de investimentos e fluxo de caixa

A metodologia deve registrar custo total por setor e custo dos produtos assistenciais, em linha com a abordagem do Programa Nacional de Gestão de Custos e do ApuraSUS. O método local precisa evitar rateios que escondam déficits e distinguir custo contábil de desembolso de caixa. [26]

Proposta de orçamentação global mista

Para a negociação, recomenda-se estudar um orçamento global com componente de disponibilidade operacional e componente condicionado a metas quantitativas e qualitativas. A expressão orçamentação global mista é usada nesta edição para descrever essa proposta de modelagem. Não representa enquadramento jurídico já definido nem percentual obrigatório da SMS.

A parcela de disponibilidade deverá corresponder à capacidade efetivamente mantida com equipes, equipamentos, insumos, horários e contingência pactuados. A simples existência física de leitos e salas não basta. A parcela condicionada a desempenho deverá ter indicadores verificáveis, critérios de apuração e regras de ajuste compatíveis com o instrumento escolhido, incluindo segurança e continuidade do cuidado.

Alternativa para simulação	Componente de disponibilidade	Componente de desempenho
A	70%	30%
B	75%	25%
C	80%	20%

Os percentuais acima são alternativas de sensibilidade sobre um valor global a negociar. Não foram derivados dos custos do Canaã, não são proposta financeira definitiva e não podem ser

apresentados como padrão municipal obrigatório. Também não equivalem à proporção contábil entre custos fixos e variáveis. A comparação deverá medir cobertura dos custos essenciais, exposição a descontos, consumo por volume e necessidade de capital de giro. [26]

Os contratos de gestão apresentados pela SMS como referência envolvem organizações qualificadas como OS e possuem enquadramento próprio. A adoção de instrumento semelhante pelo Canaã depende das condições institucionais e jurídicas aplicáveis e da definição pelo poder público. Uma analogia com outros contratos não confere elegibilidade automática. [35]

O orçamento cirúrgico deverá refletir quatro salas eletivas por 12 horas em 26 dias, equivalentes a 1.248 horas mensais de sala programada, e uma sala para urgências com disponibilidade de 24 horas em trinta dias, equivalentes a 720 horas. A soma física dessas disponibilidades é 1.968 horas de sala, antes do fator efetivo. O estudo não pressupõe cinco salas simultaneamente operantes durante 24 horas; cada modalidade exige cobertura própria e custos correspondentes.

A planilha contratual deverá explicitar o valor global, a capacidade operacional remunerada, as linhas de produção incluídas, os itens excepcionais, os indicadores e as condições de revisão. Até a conclusão desse orçamento, não se fixa ticket médio suficiente nem se afirma equilíbrio econômico.

Receita e equilíbrio

Antes de falar em ticket médio, é necessário definir o objeto financiado: disponibilidade de capacidade, internações por linha, pacotes, produção complementar ou combinação admitida no instrumento jurídico. O estudo não escolhe antecipadamente uma forma de contratação nem presume acesso a financiamento ou habilitação.

Para um modelo com parcela fixa e produção, o equilíbrio exige que o repasse de disponibilidade somado às receitas líquidas da produção cubra custos fixos, custos variáveis, reposição e demais obrigações previstas. A margem de contribuição por linha é a receita líquida daquele produto menos seu custo variável. Se essa margem for negativa, produzir mais dessa linha pode ampliar o déficit.

O ticket líquido de equilíbrio de uma linha pode ser calculado dividindo a parcela de custo que ela precisa financiar pelo volume elegível e realizável, acrescentando seu custo variável unitário quando ainda não estiver incluído. O denominador não pode somar internação, cirurgia, UTI e exames do mesmo episódio como se fossem vários pacientes remunerados independentemente.

Os valores do SIGTAP são referência de atributos e registro por competência. Sua consulta não substitui análise do instrumento de financiamento, compatibilidades, limites e regras de cobrança. Não se supõe que cada exame interno ou cada passagem pela UTI gere pagamento adicional. [25]

Sensibilidades obrigatórias

O orçamento deverá testar agenda menor que 26 dias, utilização inferior à prevista, permanência prolongada, bloqueio de leitos, indisponibilidade de RM ou TC, maior consumo de materiais, maior uso de UTI, atraso de repasses e demanda abaixo da oferta. A redução de permanência evitável pode liberar capacidade, mas não gera economia de caixa igual ao custo médio diário quando equipes e estrutura continuam disponíveis.

O parecer econômico permanece pendente até haver orçamento, plano de investimentos, capital de giro e parâmetros de remuneração. O documento oferece a arquitetura de cálculo para esse parecer e não apresenta um ticket suficiente sem esses dados.

17 Implantação e indicadores de resultado

As metas de produção devem crescer com a prontidão efetiva dos setores. A existência de páginas em preparação para reabertura, produtividade e proposta à SMS confirma que o conteúdo institucional ainda está em desenvolvimento; não comprova funcionamento ou contratação. O cronograma deve ser vinculado a entregas técnicas, e não apenas a datas. [1]

Etapa proposta	Entrega necessária	Condição para avançar
Validação de base	Plantas, inventário, escopo, licenças e custos	Divergências reconciliadas pelos responsáveis
Pactuação da oferta	Seis origens identificadas, demanda elegível e carteira de serviços	Regulação, responsabilidades, transporte e financiamento definidos
Preparação operacional	Equipes, protocolos, equipamentos, contratos e contingência	Testes integrados de PS, leitos, UTI, CC, CME, diagnóstico e alta
Operação assistida	Volume compatível com os setores liberados	Monitoramento diário de capacidade e segurança
Expansão	Evidência de demanda e desempenho	Aprovação institucional e ajustes contratuais pertinentes

Não há, nesta versão, data assumida para desinterdição ou abertura. A informação do site sobre interdição e licenciamento deve ser apurada documentalmente pelos responsáveis. A liberação de um setor não substitui a dos demais, e a produção de imagem externa pode exigir organização de acesso e licenciamento próprios.

Painel mínimo

Indicador	Cálculo ou definição	Uso gerencial
Oferta operacional	Leitos e agendas utilizáveis por turno	Impedir oferta de recursos bloqueados
Ocupação por unidade	Pacientes-dia divididos por leitos-dia operacionais	Avaliar capacidade junto com picos e bloqueios
Permanência hospitalar	Dias do episódio até saída, sem reiniciar nas transferências internas	Separar consumo de UTI e enfermaria do resultado hospitalar
Espera na origem	Horas entre solicitação de internação e saída da UPA	Medir o problema que a retaguarda pretende reduzir
Tempo de transferência	Solicitação, aceite, transporte e chegada em etapas separadas	Identificar responsabilidade pelo atraso
Cirurgias e cancelamentos	Procedimentos concluídos; cancelamentos por motivo	Avaliar mapa, preparo, equipe e material
Percurso cirúrgico regulado	Pacientes únicos avaliados, elegíveis, preparados e operados por coorte	Medir conversão e intervalos sem confundir consultas com pessoas
Recuperação cirúrgica e endoscópica	Ocupação por hora, permanência e bloqueios por falta de posição ou equipe	Identificar picos e limitar agendas incompatíveis
Diagnóstico	Solicitação, aquisição, laudo e comunicação de resultado crítico	Evitar fila invisível após aquisição
Segurança	Eventos, infecções, retornos não previstos e reinternações	Investigar efeito adverso de expansão ou alta inadequada
Continuidade	Sumário validado, conciliação, orientação e pendências encerradas	Medir execução do Passaporte e da alta segura
Custo e equilíbrio	Custo por centro, consumo por episódio e caixa	Ajustar oferta e financiamento

Cada indicador deverá ter responsável, fonte, periodicidade, numerador, denominador e regra de exclusão. O painel deve distinguir zero evento de ausência de registro. As reinternações precisam de janela e rede de observação definidas, porque um retorno em outro hospital pode não aparecer automaticamente no prontuário do Canaã.

A análise de permanência e giro deverá ocorrer junto com cancelamentos, eventos adversos, retornos não previstos, reinternações e qualidade da alta. O componente de continuidade deve verificar entrega do sumário validado ao paciente, encaminhamento à rede e acompanhamento dos resultados pendentes. Metas de volume não substituem indicação clínica e critérios de alta segura.

Medida de descompressão

Receber 550 pacientes por mês não comprova, por si, redução de espera. A avaliação deve comparar tempos das mesmas origens e perfis antes e depois da implantação, levando em conta mudanças de demanda e referências. O número de consultas da UPA não deve ser usado como denominador de uma promessa de “esvaziamento”.

Redução média hipotética de espera em 550 transferências	Horas mensais liberadas na origem	Equivalente contínuo de posições por 30 dias
12 horas por transferência	6.600	9,2
24 horas por transferência	13.200	18,3
36 horas por transferência	19.800	27,5

Os equivalentes dividem as horas por 720 e representam tempo de ocupação potencialmente reduzido. Não são leitos físicos criados, capacidade adicional já demonstrada ou redução garantida. A redução média terá de ser medida; sem comparação, o efeito deve permanecer descrito como esperado.

18 Definições necessárias para a versão contratual

O estudo recomenda usar o cenário de referência como base de discussão técnica, com aproximadamente 400 cirurgias e 814 internações mensais em regime estável, sob as condições explicitadas. O cenário expandido deve permanecer como sensibilidade até que existam demanda, recursos e resultados que sustentem sua adoção.

Definição	Situação desta versão	Responsável a envolver
Cinco salas cirúrgicas	Confirmado pelo proponente e pelo site	Direção e engenharia validam condição operacional
122 leitos e divisão 57 mais 35 mais 30	Base textual reconciliada	Direção, enfermagem, engenharia e licenciamento
Seis UPAs da zona sul	Identidades e CNES ainda não definidos	SMS, regulação e proponente
Perfil de baixa e média complexidade	Diretriz atual do proponente	Direção técnica e regulação detalham a carteira

Definição	Situação desta versão	Responsável a envolver
UTI Tipo III e dois módulos Tipo II	Classificação pretendida	Verificação técnica e habilitações pertinentes
Dez salas do Day Clinic	Programa funcional ainda necessário	Arquitetura, radiologia e direção
RPA e recuperação de endoscopia	Seis posições para o CC e recuperação endoscópica própria como premissas a comprovar	Anestesia, enfermagem e engenharia
Agenda cirúrgica de 12 horas em 26 dias	Hipótese do cenário de referência	Direção, escalas, prestadores e orçamento
Marcos de jornada	Padronização editorial e operacional ainda necessária	Direção e qualidade definem marcos e responsáveis
Fluxo cirúrgico e avaliação anestésica	Relações de agenda simuladas; conversão real não aferida	Regulação, cirurgia, anestesia e ambulatório
Modelo global misto	Alternativas 70/30, 75/25 e 80/20 apenas para simulação	Financeiro, direção, SMS e assessoria jurídica
Identificação cadastral	CNES histórico 3019934 aparece desativado desde abril de 2013	Responsáveis cadastrais e de licenciamento validam o registro aplicável
Harmonização do site	Ajustes identificados; publicação corrigida ainda não comprovada	Direção e responsáveis pelo conteúdo
Viabilidade econômica	Não demonstrada nesta etapa	Financeiro, direção e gestão municipal

A página institucional de produtividade deve mostrar números arredondados, condicionantes essenciais e acesso à memória de cálculo. O anexo de conteúdo oferece uma redação inicial. A decisão de contratação deverá utilizar também o inventário assinado, o orçamento, a demanda elegível e os atos de pactuação pertinentes.

Anexo A Memória de cálculo dos recursos

Os parâmetros desta seção são hipóteses de programação. A letra N indica recursos simultâneos; H indica horas por dia; D indica dias por mês; t indica ciclo em minutos; f indica fator efetivo. O resultado Q é N multiplicado por H, D, 60 e f, dividido por t, arredondado para baixo.

Serviço e cenário	N	H e D	t	f	Q mensal
RM conservador	1	8 h e 22 d	60	70%	123
RM referência	1	12 h e 26 d	60	80%	249
RM expandido	1	16 h e 26 d	50	85%	424
TC conservador	1	12 h e 30 d	25	70%	604
TC referência	1	16 h e 30 d	20	75%	1.080
TC expandido	1	20 h e 30 d	15	80%	1.920
RX conservador	1	8 h e 22 d	20	70%	369
RX referência	1	12 h e 26 d	15	80%	998
RX expandido	1	16 h e 26 d	12	85%	1.768
US conservador	1	6 h e 22 d	35	70%	158
US referência	1	8 h e 22 d	30	75%	264
US expandido	1	12 h e 26 d	25	80%	599
Ecocardiograma conservador	1	4 h e 22 d	45	70%	82
Ecocardiograma referência	1	6 h e 22 d	40	75%	148
Ecocardiograma expandido	1	8 h e 26 d	35	80%	285
ECG conservador	1	8 h e 28 d	18	60%	448
ECG referência	1	10 h e 30 d	15	75%	900
ECG expandido	1	12 h e 30 d	15	85%	1.224
Consultas conservador	3	8 h e 22 d	30	70%	739
Consultas referência	4	10 h e 22 d	25	80%	1.689
Consultas expandido	5	12 h e 26 d	20	85%	3.978
Cirurgia eletiva conservador	4	8 h e 22 d	210	65%	130
Cirurgia eletiva referência	4	12 h e 26 d	180	80%	332
Cirurgia eletiva expandido	4	12 h e 30 d	150	85%	489
Endoscopia conjunta conservador	1	8 h e 22 d	60	65%	114
Endoscopia conjunta referência	1	10 h e 22 d	54	75%	183
Endoscopia conjunta expandido	1	12 h e 26 d	48	80%	312

Para a RPA cirúrgica, a hipótese de seis posições, 12 horas por dia, 26 dias, fator de 75% e duas horas por recuperação resulta em 702 recuperações. A cobertura fora dessa agenda para urgências é uma condição operacional adicional, a dimensionar na escala, sem converter as 702 recuperações em garantia de absorção de picos.

As relações nominais do ambulatório são 330 dividido por 600, igual a 55%, e 330 dividido por 350, aproximadamente 94,3%. São proporções de volumes planejados e não taxas observadas de conversão de pacientes. A diferença de vinte avaliações anestésicas não foi tratada como reserva comprovada.

Para primeiros atendimentos do PS, usar dois postos por 24 horas em trinta dias, com taxas de 2, 2,5 e 3 atendimentos por hora e fatores de 65%, 70% e 75%. Para observação, multiplicar seis posições por 24 horas e trinta dias, aplicar ocupação de 70%, 75% ou 80% e dividir por oito, seis ou quatro horas por episódio. Os recursos de ressuscitação não integram essas multiplicações.

Na referência integrada: 330 eletivas, sendo 264 com internação e 66 com alta no dia, mais 70 urgências, totalizam 400 cirurgias. As 334 internações cirúrgicas acrescidas de 480 clínicas totalizam 814. O consumo hospitalar é 480 vezes três dias, mais 334 vezes 2,5 dias, mais 180 utilizações de UTI vezes quatro dias: 2.995 pacientes-dia.

No cenário expandido cirúrgico: a enfermaria suporta até 472 internações. Como cem urgências usam internação e 80% das eletivas também a utilizam, restam 372 vagas de episódio para as eletivas. Dividir 372 por 80% permite 465 eletivas; com cem urgências, são 565 cirurgias. Esse resultado pressupõe permanência cirúrgica de dois dias e 90% de ocupação, além dos demais recursos.

Anexo B Pedido de dados para a Secretaria

A primeira extração deverá permitir verificar volume, perfil, espera e destino sem divulgar informações pessoais desnecessárias. Cada unidade de origem deve ser identificada por nome oficial e CNES. Uma segunda etapa poderá usar registros por episódio com identificador protegido e governança definida, se necessária para acompanhar transferências e reinternações.

Informação solicitada	Recorte e unidade de medida	Decisão apoiada
Seis unidades de origem	Nome, CNES, CRS e STS	Definir o território efetivamente proposto
Solicitações de internação clínica	Doze meses, mês e turno, adulto, síndrome e gravidade	Ajustar os 57 leitos e as especialidades
Solicitações de cirurgia	Procedimento ou grupo, urgência, tempo e materiais	Definir mix e tempo ponderado de sala

Informação solicitada	Recorte e unidade de medida	Decisão apoiada
Fila cirúrgica regulada	Pacientes únicos, indicação, preparo, avaliação anestésica, faltas e cancelamentos	Validar percurso e suficiência das agendas
Recuperação e transporte	Tempos de recuperação por procedimento e deslocamento por origem e turno	Dimensionar posições e verificar logística de acesso
Solicitações de UTI	Gravidade, suportes necessários e espera	Validar módulos intensivos e perfil aceito
Tempos da regulação	Solicitação, aceite, transporte e chegada	Medir descompressão e identificar gargalos
Demanda por diagnóstico	Modalidade, urgência e origem	Reservar agenda interna e externa
Recusas e transferências	Motivo, recurso ausente e destino	Organizar contingência e referências
Oferta já contratada na rede	Recursos por território e linhas de cuidado	Demonstrar adicionalidade da proposta
Financiamento	Objeto, metas, regras de pagamento e orçamento disponível	Dimensionar a sustentabilidade
Continuidade	Fluxos de UBS, especialidades e resultados pendentes	Pactuar Passaporte e contrarreferência

Não se propõe repartir automaticamente as 550 internações simuladas em parcelas iguais entre seis unidades. A distribuição deve decorrer da demanda elegível, dos tempos de transporte, da disponibilidade de referências e dos critérios de regulação.

Anexo C Conteúdo inicial para a página de produtividade

Capacidade produtiva planejada do Hospital Canaã

O Hospital Canaã propõe ampliar a retaguarda adulta do SUS paulistano com 122 leitos hospitalares, sendo 57 clínicos, 35 cirúrgicos e 30 de UTI, além de cinco salas cirúrgicas, pronto-socorro e apoio diagnóstico. A proposta prioriza condições clínicas e cirúrgicas de baixa e média complexidade, com retaguarda intensiva para os casos elegíveis.

No cenário de referência do estudo, a estrutura poderá ser programada para cerca de 400 cirurgias e 814 internações concluídas por mês, em regime estável. O cálculo das cirurgias considera quatro salas eletivas por 12 horas em 26 dias e uma quinta sala reservada para urgências. Os pacientes que utilizam UTI já pertencem às internações e não são somados novamente.

Produção mensal simulada	Referência para apresentação
Cirurgias	Cerca de 400
Internações concluídas	Cerca de 814
Primeiros atendimentos no PS	Cerca de 2.520
Ressonâncias magnéticas	Cerca de 250
Tomografias	Cerca de 1.080
Consultas ambulatoriais	Cerca de 1.700

Os exames internos e externos compartilham a mesma capacidade de cada equipamento. As consultas ambulatoriais apoiam triagem cirúrgica, preparo, retornos e continuidade após a alta. As dez salas totais do Day Clinic incluem ressonância e ambientes de apoio; o cenário utiliza quatro consultórios simultâneos, a confirmar na planta funcional.

A programação cirúrgica pressupõe RPA compatível com as cinco salas e recuperação própria da endoscopia, ainda sujeitas a comprovação. O fluxo ambulatorial deverá receber pacientes regulados e acompanhar avaliação, preparo, cirurgia e retorno, preservando decisões clínicas individuais.

O Acelera SUS Paulistano Emergência organizará investigação e tratamento precoces, com decisões clínicas, gestão de leitos e acompanhamento das pendências. O Passaporte Digital SUS Canaã apoiará a alta segura e a continuidade na rede, com documentos validados, orientações, medicamentos e resultados pendentes sob responsabilidade identificada.

São projeções de planejamento, condicionadas a licenças, recursos, equipes, demanda elegível e pactuação com a Secretaria Municipal da Saúde. Não representam produção já realizada, metas contratadas ou integração tecnológica já operante. O efeito sobre as UPAs será acompanhado por pacientes recebidos e redução comprovada do tempo de espera nas unidades de origem. A memória de cálculo e as referências integram o estudo técnico de capacidade produtiva.

Anexo D Leitura do site e rastreabilidade

Este anexo preserva a rastreabilidade da leitura que fundamentou a Versão 01 e registra as condições editoriais mantidas na Versão 02. A revisão deste estudo não comprova publicação de alterações no site. A leitura considerou os textos acessíveis na prévia fornecida em 3 de novembro de 2026, incluindo página inicial, estrutura, descrições dos doze pavimentos, área de saúde, produtividade, custos, emergência, saúde digital, Passaporte, reabertura, proposta, história, localização e contato. Fotografias e plantas de risco ambiental apresentadas como registro histórico não foram utilizadas como comprovação de licenciamento ou de produtividade operacional. [1]

Página ou conjunto	Conteúdo relevante	Implicação para esta versão
Inicial	122 leitos, divisão clínica e cirúrgica, 30 UTI, PS, Day Clinic e modelo de gestão	Base quantitativa e doutrina assistencial
Estrutura e doze andares	Internação no segundo ao quinto, UTIs no sexto e sétimo, CC no oitavo	Reconciliação da distribuição textual
Área de Saúde	Seis serviços de urgência em diferentes territórios; cogestão e especialidades	Corrigir a leitura de “seis UPAs da zona sul” e retirar neurocirurgia do escopo atual
Produtividade no rodapé e no menu	Rotas distintas, ainda sem projeções desenvolvidas	Unificar o destino da futura página e inserir memória de cálculo
Custos	Discussão conceitual, exemplo didático de custos e marcos de 72 horas	Não usar exemplo como orçamento; padronizar marcos
Emergência e SUS Digital	Conteúdo específico ainda limitado	Utilizar também a descrição mais completa da página inicial
Passaporte	Síntese do programa, benefícios propostos, 40 capítulos e 18 anexos referenciados	Usar requisitos de alta, pendências, governança e integração progressiva
Reabertura e proposta à SMS	Seções em preparação	Não inferir cronograma, licença ou contrato
História, localização e contato	Identidade, endereço e histórico institucional	Contexto; sem aumento de capacidade por operação histórica

A harmonização deverá utilizar os dados desta edição, confirmar os títulos dos pavimentos e a localização do ecocardiograma, retirar neurocirurgia da carteira inicial, identificar corretamente os serviços de origem e padronizar os marcos da jornada. As observações sobre divergências poderão ser encerradas após conferência efetiva da publicação. Permanecem necessárias as comprovações físicas, operacionais, cadastrais e econômicas, independentemente da correção do conteúdo.

O manual integral do Passaporte é referenciado pela página e possui extensão própria. Esta leitura de capacidade utilizou a apresentação do programa e dos instrumentos publicada no site, sem realizar nova auditoria integral dos quarenta capítulos e dezoito anexos ou de sua implementação. A aprovação editorial informada na página não foi convertida em aprovação tecnológica ou assistencial.

Os documentos institucionais anteriores foram usados para contexto e para identificar a referência de seis posições de RPA. Divergências com a diretriz atual foram registradas: neurocirurgia fora do escopo inicial, foco assistencial predominante de baixa e média complexidade e território de captação ainda sujeito à definição. [2,3]

Referências bibliográficas e documentais

Todas as fontes eletrônicas abaixo foram consultadas ou identificadas em fonte oficial em 3 de novembro de 2026. Os números e faixas de produção são cálculos autorais de planejamento, e não limites normativos extraídos dessas fontes. As normas devem ser utilizadas com sua redação consolidada e aplicação específica ao serviço. As referências institucionais não equivalem a atos de aprovação da SMS.

[1] INSTITUTO DE CIÊNCIAS MÉDICAS CANAÃ. Hospital Canaã. Site institucional em desenvolvimento. Páginas e descrições dos pavimentos consultadas na prévia fornecida pelo proponente. 2026. Acesso à fonte.

[2] INSTITUTO DE CIÊNCIAS MÉDICAS CANAÃ. Estudo estratégico de inserção na rede municipal de saúde. São Paulo, 1 nov. 2026. Documento institucional preliminar. Acesso à fonte.

[3] INSTITUTO DE CIÊNCIAS MÉDICAS CANAÃ. Manual Diretor de Governança e Operação. Versão revisada, out. 2026. Documento institucional. Acesso à fonte.

[4] SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. Indicadores e relatórios de unidades. Conceitos e fórmulas de indicadores hospitalares e ambulatoriais. Portal da Transparência. Acesso à fonte.

[5] EBSERH. Manual de Parâmetros de Serviços Assistenciais da Rede Ebserh. Método de Determinação de Padrões Temporais para Gestão da Produção. 1. ed. Brasília, 2022. Especialmente seção 6 e tabelas 1, 3 e 4. Referências comparativas, sem aplicação automática ao Canaã. Acesso à fonte.

[6] BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS 1.631, de 1 out. 2015. Critérios e parâmetros para planejamento e programação no SUS. Correspondências da consolidação normativa de 2017, artigos 102 a 106. Acesso à fonte.

[7] CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM 2.077, de 24 jul. 2014. Funcionamento dos serviços hospitalares de urgência e emergência e dimensionamento médico. Acesso à fonte.

[8] BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Hospitalar. Regulação de leitos e Núcleo Interno de Regulação. Página técnica oficial e referência ao Manual do NIR. Acesso à fonte.

[9] SÃO PAULO. Secretaria Municipal da Saúde. Coordenadorias Regionais de Saúde. Organização municipal atualizada em 22 out. 2026. Acesso à fonte.

[10] SÃO PAULO. Secretaria Municipal da Saúde. Em caso de urgência médica, procure uma das 34 UPAs da capital. Relação de unidades por região. Utilizada para identificação territorial, sem inferir produção atual. Acesso à fonte.

[11] SÃO PAULO. Secretaria Municipal da Saúde. Portaria SMS 433, de 17 jul. 2026. Atualização da grade de urgência e emergência da RRAS 6. Texto consolidado. Acesso à fonte.

[12] SÃO PAULO. Secretaria Municipal da Saúde. Portaria SMS 320, de 4 jun. 2024, com redação atualizada pela Portaria 433/2026. Grade de referência e regulação das urgências. Acesso à fonte.

[13] ANVISA. Resolução RDC 7, de 24 fev. 2010. Requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva. Utilizar redação e alterações aplicáveis. Acesso à fonte.

[14] ANVISA. Resolução RDC 137, de 8 fev. 2017. Altera a RDC 7/2010, especialmente os requisitos de responsabilidade técnica e coordenação. Acesso à fonte.

[15] CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM 2.174, de 14 dez. 2017. Prática do ato anestésico. Texto oficial publicado no Diário Oficial da União em 27 fev. 2018. Acesso à fonte.

[16] ANVISA. Resolução RDC 15, de 15 mar. 2012. Boas práticas para processamento de produtos para saúde. Acesso à fonte.

[17] ANVISA. Resolução RDC 36, de 25 jul. 2013. Ações de segurança do paciente em serviços de saúde. Acesso à fonte.

[18] ANVISA. Resolução RDC 50, de 21 fev. 2002. Planejamento e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Observar alterações e notas oficiais de aplicação. Acesso à fonte.

[19] ANVISA. Resolução RDC 611, de 9 mar. 2022. Organização e funcionamento de serviços de radiologia diagnóstica ou intervencionista. Acesso à fonte.

[20] ANVISA. Instrução Normativa 97, de 27 maio 2021. Qualidade e segurança em sistemas de ressonância magnética nuclear. Acesso à fonte.

[21] ANVISA. Resolução RDC 6, de 1 mar. 2013. Boas práticas de funcionamento dos serviços de endoscopia por orifícios naturais. Acesso à fonte.

[22] ANVISA. Resolução RDC 978, de 6 jun. 2025. Exames de Análises Clínicas. Texto com alterações das RDCs 986/2025 e 1.043/2026; esta última republicada em 15 out. 2026. Revoga a RDC 786/2023. Acesso à fonte.

[23] WORLD HEALTH ORGANIZATION. Implementation manual WHO surgical safety checklist 2009. Safe surgery saves lives. Geneva: WHO, 2009. Acesso à fonte.

[24] SÃO PAULO. Secretaria Municipal da Saúde. Portaria SMS 637, de 25 set. 2024. Horários e capacidade dos Hospitais Dia. Texto consolidado consultado; revoga a Portaria 381/2023. A aplicabilidade ao anexo Canaã depende do seu enquadramento. Acesso à fonte.

[25] BRASIL. Ministério da Saúde. Web Atendimento SUS. Perguntas frequentes sobre SIGTAP. Atributos, competência mensal, relatórios e consulta da tabela. Acesso à fonte.

[26] BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Gestão de Custos. Metodologia de apuração por centros de custos e uso do ApuraSUS. Acesso à fonte.

[27] BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS 3.232, de 1 mar. 2024. Institui o Programa SUS Digital. Acesso à fonte.

[28] BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS 8.026, de 27 ago. 2025. Modelo de Informação do Sumário de Alta no âmbito da RNDS. Identificação no catálogo oficial da RNDS. Acesso à fonte.

[29] BRASIL. Ministério da Saúde. Guia de Implementação da Rede Nacional de Dados em Saúde. Versão publicada 1.0.0 release. Integração, credenciamento e modelos HL7 FHIR R4. Acesso à fonte.

[30] BRASIL. Lei 13.709, de 14 ago. 2018. Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais. Texto atualizado disponibilizado pela Câmara dos Deputados, incluindo alterações posteriores. Acesso à fonte.

[31] SÃO PAULO. Secretaria Municipal da Saúde. Coordenadorias Regionais de Saúde Norte. Diretório oficial consultado em 3 nov. 2026. Inclui a STS Sé e Santa Cecília e a UPA Vergueiro. Acesso à fonte.

[32] SÃO PAULO. Secretaria Municipal da Saúde. Coordenadorias Regionais de Saúde Sudeste. Diretório oficial consultado em 3 nov. 2026. Inclui as unidades Vila Mariana e Jabaquara. Acesso à fonte.

[33] BRASIL. Ministério da Saúde. CNES. Ficha de estabelecimento AMA Capão Redondo, código 6218830. Consulta em 3 nov. 2026. Utilizada para identificação oficial da unidade, sem incluí-la automaticamente na pactuação. Acesso à fonte.

[34] BRASIL. Ministério da Saúde. CNES. Ficha histórica do Complexo Hospitalar Paulista, código 3019934. Registro apresentado como desativado em abril de 2013. Consulta em 3 nov. 2026. Não comprova cadastro ativo do Hospital Canaã. Acesso à fonte.

[35] SÃO PAULO. Secretaria Municipal da Saúde. Coordenadoria de Parcerias e Contratação de Serviços de Saúde. Contratos de Gestão. Página institucional atualizada em 15 jun. 2026, consultada em 3 nov. 2026. Referência sobre o instrumento com organizações qualificadas como OS, sem fixação dos percentuais financeiros deste estudo. Acesso à fonte.